

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-RECTALES

CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 décembre 1928

PAR

Paul CHAROT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 3 mai 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-RECTALES

CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 décembre 1928

PAR

Paul CHAROT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 3 mai 1904.



Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR MADELEINE

Élève de l'École normale supérieure.

Trop tôt enlevée à mon affection.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Trop faible reconnaissance pour leur
grand amour et leurs sacrifices.

A MES SOEURS — A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MES JUGES

Très respectueusement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait l'honneur d'en
accepter la présidence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-RECTALES

CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

INTRODUCTION

La fistule-urétro-rectale était une des complications de la prostatectomie périnéale ; au contraire, l'opération hypogastrique semblait conférer à ce point de vue une parfaite sécurité. Cette complication, très rare, est apparue cependant depuis quelques années ; sans doute, auparavant, avait-elle échappé dans certains cas à de nombreux urologistes ; en effet, cette lésion, étant souvent passagère, évoluait rapidement vers une guérison complète, sans symptômes fonctionnels importants. Mais si parfois ces lésions sont fugaces, il n'en est pas toujours ainsi et dans cette courte étude nous nous proposons de montrer :

- 1° Comment elles se présentent ;
- 2° Comment elles évoluent ;
- 3° Comment elles se produisent et enfin la thérapeutique qu'on doit leur appliquer.

Les cas publiés en sont rares et nous n'avons pu avoir que 3 observations complètes, dont une grâce à l'obligeance de M. le professeur Duvergey. Cependant M. le professeur Legueu en a signalé 5, constatées dans son service, au Congrès d'urologie de 1921, pour lesquels malheureusement nous n'avons que des renseignements généraux n'ayant pu nous procurer les observations *in extenso*.

HISTORIQUE

Avant le Congrès d'urologie de 1921, on ignorait comme complication possible de la prostatectomie transvésicale les fistules vésico-rectales. C'est au professeur Leguen que revient l'honneur d'avoir signalé cette complication qui, quoique très rare, doit toujours réclamer de l'urologiste une grande attention.

Au Congrès d'urologie de l'année précédente, dans le rapport si documenté de M. le professeur Pousson sur les résultats de la prostatectomie et dans la discussion qui a suivi, il n'est pas fait mention de fistules de ce genre.

Depuis, Stark et Bayer, en Allemagne, l'ont signalée.

Enfin, l'an dernier, dans le service de M. le professeur Duvergey, un cas a été constaté.

Sans doute, elles sont très peu fréquentes, leur évolution est le plus souvent courte et leur guérison généralement complète, mais il est des cas où leur apparition peut entraîner des conséquences fatales pour le malade, comme nous le verrons au cours de cette étude.

RAPPEL ANATOMIQUE DE LA LOGE PROSTATIQUE

La prostate est contenue à l'état normal dans une loge prostatique formée, en arrière, par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers, qui la sépare du rectum, celle-ci étant elle-même divisée en deux feuillets par le cul-de-sac péritonéal embryonnaire, dont les restes forment un espace décollable.

Sur les côtés, les lames latérales séparent la prostate des muscles releveurs et renferment dans leur épaisseur les plexus périprostatiques.

En avant, une lame aponévrotique part de l'aponévrose moyenne sur la face antérieure de l'urètre et de la prostate, elle sépare cette dernière des plexus de Santorini.

En haut, la capsule anatomique de la prostate atteint les fibres musculaires de la vessie, se confond avec elles et leur adhère.

Le sommet répond à l'aponévrose moyenne du périnée.

Mais dans l'adénome prostatique, lorsque la prostate se trouve énucléée, ce qui reste en place, c'est la capsule anatomique doublée de tissu prostatique refoulé et ce qui est remarquable et qui peut nous servir dans la pathogénie de cette affection, c'est la minceur souvent extrême de la paroi qui sépare le rectum de la loge de l'adénome énucléé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

A..., 71 ans.

Entre, le 1^{er} décembre 1927, dans le service de M. le professeur Duvergey pour troubles urinaires. Depuis plus de quinze ans, il est obligé de se sonder plusieurs fois par jour. Au début, aurait présenté du prostatisme.

Les urines sont claires malgré les innombrables sondages. Au toucher rectal, on trouve une grosse prostate volumineuse, régulière.

Le 1^{er} décembre, urée sanguine, 0,31; ni sucre, ni albumine dans les urines. Cystotomie le 7 décembre, sous anesthésie locale.

Le 12 décembre, on refait l'urée sanguine, qui donne 0,22.

Le 14 décembre, prostatectomie sans aucun incident par M. le professeur Duvergey, après rachianesthésie. Tube de Marion. L'adénome enlevé est de volume moyen.

Sonde urétrale le 20 décembre 1927.

Le 10 janvier 1928, la plaie hypogastrique paraît cicatrisée. Ablation de la sonde urétrale, la plaie se rouvre dans la soirée. Mise en place d'une sonde à demeure, laquelle passe sans aucune difficulté.

Le surlendemain, le 13 janvier 1928, fistule vésico-rectale se traduisant par le passage de matières fécales et de gaz à travers la vessie. Le liquide injecté lors des lavages vésicaux passe dans le rectum et sort par l'anus. La fistule se referme spontanément au bout de quatre jours; aucune matière fécale ne passe encore; gaz à travers la vessie les jours suivants.

Le 23 janvier 1928, ablation de la sonde urétrale. Plaie hypogastrique cicatrisée depuis plusieurs jours. A la cystoscopie, on aperçoit

le reliquat de la fistule vésico-rectale, qui siégerait au niveau du bas fond vésical, dans la partie droite de celui-ci.

A cette époque, début d'une escarre au talon gauche, puis successivement au niveau du talon droit, du quatrième et du premier orteil à droite. Douleurs dans les membres inférieurs, sensation de fourmillements.

Les escarres sont tombées, ont laissé après elles des ulcérations superficielles qui se sont cicatrisées assez rapidement.

Exeat. Guéri le 23 février 1928.

OBSERVATION II

Publiée par le docteur STARK, chirurgien en chef de l'Hôpital de Weiden.

Quand, il y a dix ans, j'ai commencé, non sans quelque hésitation, à pratiquer la prostatectomie transvésicale, je craignais, en plus des dangers habituellement cités, tels que l'hémorragie et la fistule hypogastrique, la possibilité d'une lésion de la paroi antérieure du rectum. Je fus donc agréablement surpris de ce que cette complication ne se présentât jamais dans la suite et de ne rien trouver dans les publications concernant ces accidents. Au dernier Congrès des chirurgiens de l'Allemagne centrale à Magdebourg, en 1922, aucun cas de lésion du rectum ne fut communiqué. Il me fut d'autant plus douloureux de constater moi-même, il y a quelque temps, une perforation semblable avec une issue mortelle.

Le malade, paraissant plus vieux que son âge (58 ans), ne ressentait des douleurs que depuis quinze jours. Au toucher rectal, la prostate semblait lisse et de la grosseur d'un œuf de poule. L'urine était trouble mais sans albumine. Pas de fièvre. Aucune douleur au toucher rectal.

Opération le 21 octobre 1922 après anesthésie générale. Après ouverture de la vessie, la prostate se montra très profilée surtout à l'entrée de l'urètre. En repoussant l'organe par le rectum, on trouve un plan de clivage; l'énucléation, d'abord facile, devient bientôt plus délicate à mesure qu'on gagne la profondeur. Tout à coup, du pus, environ deux cuillerées à bouche, apparaît. Je pense maintenant que malgré l'absence de douleurs au toucher rectal, il s'est agi d'une

prostatite purulente. Par une traction énergique sur l'organe à moitié dégagé, il fut enfin possible de l'énucléer complètement, sans qu'une lésion secondaire ait été remarquée. Ni l'interne, qui avait le doigt dans le rectum, ni moi-même n'avons remarqué quoi que ce fût. Pour le moins il aurait dû y avoir du sang au doigt de l'interne s'il y avait eu perforation, car l'hémorragie était considérable.

On finit l'opération en plaçant une grosse canule, une suture au catgut pour séparer la loge prostatique de la vessie.

Le malade se trouva très vite remis après son opération, qui avait duré cinquante minutes. L'urine s'écoula en abondance par la canule et ne contenait que peu de sang. Le bon état du malade persista le lendemain et le surlendemain. Mais le soir du troisième jour, on trouva un peu de sang sous le malade, sang qui ne pouvait provenir que de l'anus. Au toucher rectal, on ne put constater aucune perforation, mais un peu de sang adhéra au doigt de gant.

Le 25 octobre, la température est montée à 39°6. Frissons. Selle par laquelle un peu de sang est évacué, mais pas d'urine par l'anus. Matières fécales dans l'urine.

Le 27, la température est en baisse. Lavage de la vessie. Le liquide sort par la canule, par la fistule hypogastrique et par le rectum.

Les trois jours suivants, la température est normale. L'état général du malade est bon. Pas de douleurs.

Le 2 décembre, la canule est sortie de la vessie pendant le sommeil. Un peu de fièvre. Un lavage de la vessie évacue le liquide chargé de matières.

Au toucher rectal, on constate une large perforation divisée en deux parties par une bande de tissu et entourée de bords rigides et renflés; la plus grande de ces deux ouvertures laisse passer le doigt facilement.

Pour cette raison, le 3 novembre, on pratique un anus artificiel. En même temps, réouverture de la vessie, lavage. Un essai de fermer d'ici la fistule doit être abandonné, à cause de l'exiguïté du champ opératoire et de l'hémorragie continuelle rendant la visibilité nulle. On essaie donc d'atteindre la fistule par la voie périnéale.

Après une incision circulaire, on essaie d'abaisser le rectum, de manière à séparer les deux orifices de la fistule et de réunir les deux

plans par une suture. Mais la séparation exacte des plans est ici très difficile et nous doutons de sa parfaite réussite. On draine la plaie périnéale avec une mèche de gaze.

Le malade a très bien supporté l'opération qui a duré près de deux heures. La température est 37°3.

Le 4 novembre, température, le soir : 39 degrés.

Le 5, selle par l'anus iliaque. Le drainage de la plaie périnéale est enlevé. Il s'en écoule un peu de liquide glaireux. Presque toute l'urine s'évacue par le rectum. Par la canule, il en sort très peu.

Le 8, l'état général s'aggrave, le pouls est instable.

Le 9, le malade, qui a encore répondu négativement à une question lui demandant s'il souffrait, meurt subitement à la visite, après un délire très court.

A l'essai de fermer la fistule, j'ai pensé d'abord à la voie transvésicale. Je mets en doute l'efficacité de l'opération par la voie périnéale, après que la première m'est apparue comme impossible. En tout cas, je crois qu'il eût été plus facile de fermer la fistule par la voie transsacrée, en réséquant le rectum dans sa portion lésée.

OBSERVATION III

Par le professeur Carl BAYER (Prague).

Le malade entre à l'hôpital pour une fistule vésico-rectale secondaire à la prostatectomie transvésicale faite sept mois auparavant. Depuis ce temps, des gaz et des matières passent à travers la vessie.

Au touchér rectal, on trouve à 4 centimètres au-dessus du sphincter anal une fente longue de 3 centimètres, faisant communiquer la vessie et le rectum.

Incontinence d'urine et écoulement de l'urine à travers l'anus.

Le 17 septembre 1922, intervention par la voie périnéale. On pénètre dans l'espace décollable de Denonvilliers, on suture la paroi rectale après avivement des bords de la fistule. Une tentative de suturer aussi l'orifice vésical de la fistule échoue; après cautérisation de la fistule, on place une mèche de gaze iodoformée et on met une sonde à demeure.

Le 21 novembre 1922, le malade quitte la clinique complètement rétabli.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les trois observations que nous avons rapportées et dans les cas cités par M. le professeur Legueu, on ne s'aperçoit jamais de l'accident au cours de l'opération, c'est dans les suites opératoires qu'on s'en rend compte.

En général, c'est à la suite de l'ablation des mèches que l'on voit des gaz et des matières fécales passer par la vessie, et lorsqu'on donne un lavement, on voit le liquide revenir en partie par la plaie hypogastrique.

Parfois, c'est deux ou trois jours après l'opération que l'apparition d'un bout de mèche à l'orifice anal montre la réalité de la déchirure; ou bien la fistule peut se produire beaucoup plus tard, vers le dixième jour sans doute, par perforation secondaire d'un point dénudé.

Dans le cas que nous avons vu dans le service de M. le professeur Duvergey, c'est un mois après l'opération qu'apparaissent les signes de fistulisation.

Le passage de gaz et de matières fécales à travers la vessie est le gros symptôme de la fistule vésico-rectale. Il faut y joindre la perte des urines par l'anus, comme le signale l'observation III. Enfin, dans l'observation II, le début est marqué par la perte de sang par l'anus le surlendemain de l'opération.

Au toucher rectal, on peut trouver la fistule. M. le professeur Legueu signale un cas où la perforation a la largeur d'une pièce de 50 centimes. Il en est de même dans l'observation de M. le professeur Bayer (de Prague), où la lésion rectale atteint une longueur de 3 centimètres. Dans l'observation II, le toucher rectal, fait au onzième jour qui suit l'opération, montre deux

perforations séparées l'une de l'autre par une large bande de tissu et entourées l'une et l'autre par des bords rigides et renflés. La plus grande de ces deux ouvertures laisse facilement passer le doigt.

Généralement, comme il s'agit d'un tout petit orifice, on ne sent rien, si ce n'est un petit enfoncement, une petite dépression au fond de laquelle réside la fistule.

ÉVOLUTION .

L'apparition de ces fistules vésico-rectales secondaires à la prostatectomie transvésicale est toujours désagréable et parfois même grave ; elle est de nature à compromettre la guérison du malade et à amener une issue fatale. Dans l'observation II, le malade succombe, en effet, à l'aggravation des suites opératoires qu'entraîne cet accident.

M. le professeur Legueu le constate lui aussi au Congrès d'urologie quand il dit, parlant d'un des cinq cas constatés dans son service :

« En effet, sur un de nos malades, elle (la fistule vésico-rectale) a entraîné la mort ou du moins a été l'une des causes des accidents mortels qui se sont produits. »

Dans le cas du malade de l'observation III, c'est une évolution de sept mois et une intervention chirurgicale qu'il faudra pour débarrasser le malade de cette infirmité.

Dans l'observation I et dans 4 cas que rapporte M. le professeur Legueu au Congrès d'urologie de 1921, la guérison n'a pas été entravée et la fermeture de la fistule s'est faite spontanément et sans laisser de trace ; sous l'influence de la constipation imposée tout de suite au malade, la perforation semble s'oblitérer. Il passe simplement quelques gaz ; puis, au bout d'une semaine ou deux, et en général dans un délai qui est inférieur à la durée de cicatrisation de la plaie, la fistule est fermée. Des gaz passent encore de façon intermittente par la vessie, et la fistule reste un souvenir désagréable du passé sans conséquences immédiates.

Comme le fait justement remarquer M. le professeur Legueu,

comparant l'évolution de la fistule secondaire à la prostatectomie transvésicale à celle qui succède souvent à l'opération périnéale :

« Cette curabilité spontanée est très intéressante à signaler, elle est à opposer à l'incurabilité habituelle des fistules recto-urétrales, suite de la prostatectomie périnéale. Celles-ci portaient, en général, sur l'urètre membraneux, elles ne se fermaient pas et même des opérations compliquées n'arrivaient pas à les guérir. Celles dont je parle, au contraire, appartiennent à la zone prostatique ; elles se rapprochent ainsi de celles vues pendant la guerre par traumatisme, et qui n'ont jamais présenté une grande gravité ; elles se sont toujours fermées spontanément d'elles-mêmes, quand elles portaient directement sur l'urètre prostatique et qu'elles étaient bien des fistules recto-prostatiques. »

PATHOGÉNIE

Quelle est la pathogénie de ces fistules ? Le mécanisme en est bien incertain.

Sont-elles d'abord liées au mode d'anesthésie employée pour l'opération et est-ce que l'anesthésie locale, faite profondément, ne pourrait pas amener une blessure des parois ? M. le professeur Legueu s'est posé cette question et a répondu par la négative. En effet, sur les 5 cas qu'il a rapportés, il a vu 3 fistules succéder à l'anesthésie générale. Dans le cas observé dans le service de M. le professeur Duvergey le malade a été opéré après rachianesthésie. Dans l'observation II, c'est encore l'anesthésie générale dont on s'est servi.

Est-ce que ces accidents se produisent après l'enlèvement de grosses prostates scléreuses très adhérentes ? Non, ils apparaissent plutôt là où nous avons affaire à de petites inflammations de l'adénome en un point, inflammations ayant amené une petite adhérence à la paroi rectale et qui sont le point de départ de la perforation postopératoire.

On peut aussi se demander si le tamponnement de la cavité d'énucléation de l'adénome ne joue pas un rôle dans la nécrose de la paroi rectale par ulcération des tissus environnants mal nourris, surtout quand on pense à l'extrême minceur de cette paroi. Cela nous semble possible, mais il est des cas où sans tamponnement il y a fistule. Nous pensons alors qu'elles peuvent se produire chez les malades ayant une mauvaise nutrition générale des tissus, et c'est bien le cas dans l'observation I ; en effet, ce malade, qui a une fistule un mois après son opération, présente, quinze jours après l'apparition de cette fistule, qui à

cette époque est guérie, une escarre talonnière à gauche, puis une à droite et des escarres au niveau du quatrième orteil et du premier orteil droits.

En résumé, nous pensons que ces fistules sont non opératoires, mais pathologiques ; qu'elles sont liées ou à une mauvaise nutrition des tissus, naturelle ou artificielle (tamponnement), aidée par la minceur extrême de la paroi, ou bien à une nécrose, suite de l'inflammation provoquée par un point de prostatite adhérente.

TRAITEMENT

En face d'une complication semblable, y a-t-il un traitement à instituer? Est-ce que les soins postopératoires doivent changer?

Il n'en est rien, laisser faire la nature, continuer les mêmes soins, telles sont les directives pour le chirurgien, et, en général, en l'espace de quelques jours, la fistule se ferme spontanément. Il suffit de se rappeler l'exemple des fistules vésico-rectales vues pendant la guerre, qui n'ont jamais présenté une grande gravité, se fermant spontanément au bout d'un certain temps.

Il nous reste maintenant à parler du traitement radical des fistules vésico-rectales consécutives à la prostatectomie trans-vésicale. Il a été assez peu étudié. En effet, si ces fistules sont déjà rares, il est encore plus exceptionnel que l'on soit obligé d'intervenir pour les fermer. A tel point que l'un des auteurs dont nous rapportons l'observation disait ne connaître aucune publication relative à ces cas et demandait aux chirurgiens qui avaient eu l'occasion d'en opérer de bien vouloir publier leurs résultats.

Ces fistules guérissant spontanément le plus souvent, ce n'est que lorsque la communication pathologique persiste sans aucune tendance spontanée à la fermeture que l'on peut envisager la cure radicale, si toutefois la lésion comporte une gêne sérieuse et constitue une véritable infirmité.

Divers procédés se présentent alors à l'opérateur, et, vu la rareté des faits, il est difficile de distinguer nettement quel est le meilleur chemin à suivre.

Stark di avoir essayé d'abord sur son malade la fermeture par la voie transvésicale. Il fut obligé d'y renoncer. On conçoit, sans peine, que la simple ouverture hypogastrique donne un jour tout à fait insuffisant pour atteindre le rectum. Et d'ailleurs, si peu que le sujet soit gras et la paroi épaisse, la profondeur à laquelle on est obligé de pénétrer rend tout essai infructueux.

Après avoir employé la voie périnéale, sur laquelle nous reviendrons, l'auteur se demande s'il ne serait pas plus simple d'intervenir par voie transacrée. Par le jour que cet abord permet d'avoir, il est évident que ce procédé est supérieur au premier mentionné par l'auteur; comme lui, il doit être également à rejeter, attendu qu'il nous reste une voie plus pratique, la voie périnéale.

En pénétrant dans l'espace décollable du fascia de Denonvilliers, on a sous la main et sous les yeux les deux orifices du trajet fistuleux. Là, on peut se contenter de fermer la brèche rectale et d'obturer par simple tamponnement l'orifice vésical. Cette méthode fut suivie de succès dans les mains du professeur Bayer (de Prague); ou bien on avive chaque orifice de la fistule et on suture séparément et la vessie et le rectum.

En somme, le traitement radical de ces fistules ne doit s'employer que lorsque d'elle-même la communication ne se sera pas fermée. Et encore faut-il savoir que l'intervention peut ne pas être couronnée de succès; elle devra donc être considérée comme tout à fait exceptionnelle.

CONCLUSIONS

En résumé, pour éviter de telles lésions (lésions qui sont pathologiques et non opératoires), le chirurgien devra écarter les causes qui pourraient peut-être les faire naître. Éviter autant que possible l'anesthésie locale, choisir plutôt l'anesthésie générale ou la rachianesthésie toutes les fois où ce sera possible, ne pas opérer sur une prostate enflammée, faire plus attention encore en enlevant l'adénome, telles devront être ses directives.

Et si malgré ces précautions la fistule se produit, on ne devra rien changer au traitement postopératoire, il faudra attendre la guérison spontanée, le plus souvent rapide, et se rappeler l'exemple des fistules de guerre. Le chirurgien n'interviendra que si la guérison n'est pas survenue au bout de plusieurs mois.

« Nous pensons qu'il est intéressant de connaître la possibilité de ces complications. Elles sont quelquefois si minimes qu'elles ont pu passer inaperçues. Il est bon de montrer que même entre des mains expérimentées, cet incident peut se produire sans comporter de responsabilité pour l'opérateur, surtout à une époque où les revendications leur sont si souvent suscitées. » (Legueu.)

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- LEGUEU. — Des fistules recto-prostatiques à la suite de la prostatectomie hypogastrique. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, Paris, 1921, XI, 241, 244.
- STARK. — Sekundäre Blasen-Harnröhren-Mastdarmfistel nach transvesikaler Prostatektomie. *Zentralbl. für Chirurg.*, Leipzig, 1923, I, 389, 391.
- BAYER. — Sekundäre Blasen-Harnröhren-Mastdarmfistel nach transvesikaler Prostatektomie. *Centralbl. für Chirurg.*, Leipzig, 1923, 1088.

